|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （伺）下記について証明する | 料金収納済印 | 収　受　印 |
| 課　長 | 係　長 | 係　員 |  |  |
|  |  |  |
| 起案　年　月　日決裁　年　月　日交付　年　月　日番号　　－　　号 | 公印承認 |

様式第１号

証　明　願

年　　月　　日

保健所長あて

申請者

住　所

氏　名

次の理由により下記について証明願います。

【目的】

【提出先】

【必要枚数】　　　　　　　　　　　枚

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 許可または届出 | 根拠法令 |  |
| 氏　名　 |  |
| 年　月　日 |  |
| 番　号 |  |
| 業　種 |  |
| 備　考 |  |